

**Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: [www.avsv.at](http://www.avsv.at)****Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlaubar gemäß § 31 Abs. 8 ASVG:

**25. Änderung des Erstattungskodex**

Der Erstattungskodex, Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 110/2004, zuletzt geändert durch die Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 151/2006, wird wie folgt geändert:

**Zeichenerklärung**

- (2), (3), ... = Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Erstattungskodex beschränkt sich auf die in der Klammer angegebene Menge an Originalpackungen (z.B.: 20 g (2) – Maximalmenge 2 Packungen zu je 20 g).
- IND = Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- U = Facharzt für Urologie  
Die Aufnahme der Arzneispezialität in den Grünen Bereich des Erstattungskodex bezieht sich auf eine oder mehrere ärztliche Fachgruppen. Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch den angegebenen Facharzt kann die Verordnung auch durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig vom angegebenen Facharzt durchgeführt werden. Für Verordnungen außerhalb dieser Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- F14 = Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Altersbeschränkung ist die Arzneispezialität wie eine Arzneispezialität des Gelben Bereichs des Erstattungskodex zu behandeln, wobei, wenn die Notwendigkeit für die Verordnung einer kindergerechten Zubereitung (z.B.: Saft) oder Dosierung entsprechend den Bestimmungen der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung und den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise dokumentiert wird, die vorherige Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann.

**A. Grüner Bereich des Erstattungskodex****A1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Fortzaar Filmtabl.</b> wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 St.	2	C09DA01	1.2.2007
	<b>Glimepirid "Alternova" 1 mg Tabl.</b>	30 St.	2	A10BB12	1.2.2007
	<b>Glimepirid "Alternova" 2 mg Tabl.</b>	30 St.	2	A10BB12	1.2.2007
	<b>Glimepirid "Alternova" 3 mg Tabl.</b>	30 St.	2	A10BB12	1.2.2007
	<b>Risperidon "Sandoz" 1 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	1.2.2007
		60 St.	-		
	<b>Risperidon "Sandoz" 2 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	1.2.2007
		60 St.	-		
	<b>Risperidon "Sandoz" 3 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	1.2.2007
		60 St.	-		
	<b>Risperidon "Sandoz" 4 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	N05AX08	1.2.2007

		60 St.	-		
U	Tamsu "Genericon" retard 0,4 mg Kaps.	10 St.	2	G04CA02	1.2.2007
		30 St.	2		
U	Tamsulosin "Hexal" retard 0,4 mg Kaps.	10 St.	2	G04CA02	1.2.2007
		30 St.	2		
U	Tamsulosin "Sandoz" retard 0,4 mg Kaps.	10 St.	2	G04CA02	1.2.2007
		30 St.	2		
U	Tamsunova retard 0,4 mg Kaps.	10 St.	2	G04CA02	1.2.2007
		30 St.	2		
	Terbinafin "ratiopharm" Creme	15 g	-	D01AE15	1.2.2007

## A2. Streichung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Ranitidin „Arcana“ 150 mg Filmtabl.</b>	20 St.	2	A02BA02	11.1.2007
	50 St.	-		
<b>Ranitidin „Arcana“ 300 mg Filmtabl.</b>	10 St.	2	A02BA02	11.1.2007
	30 St.	-		
<b>Celestamin Tabl.</b>	10 St.	2	H02BX	1.2.2007
	30 St.	-		
<b>Movalis 7,5 mg Zäpf.</b>	6 St.	2	M01AC06	1.2.2007
<b>Mucosolvan 30 mg lösl. Granulat</b>	20 St.	2	R05CB06	1.2.2007
<b>Nortrilen 25 mg Filmtabl.</b>	50 St.	2	N06AA10	1.2.2007
<b>Tussamag Hustensaft</b>	125 g	-	R05CA10	1.2.2007
<b>Tussamag Salbe</b>	30 g	-	R05X	1.2.2007

## A3. Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
F14 <b>Augmentin 457 mg/5 ml Trockensaft</b> (vorher "Augmentin Duo Trockensaft")	70 ml	-	J01CR02	1.2.2007
	(1 ML = 5 ml)			
	140 ml	-		
	(1 ML = 5 ml)			

## B. Gelber Bereich des Erstattungskodex

### B1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Gelben Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Kaletra 200 mg/50 mg Filmtabl.</b>	120 St.	-	J05AE06	1.2.2007
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.				
<b>Otosat 1,0 mg/0,5 ml Ohrentropf.</b>	20 St.	-	S02AA15	1.2.2007
Zur Therapie der chronisch suppurativen Otitis media und der Otitis externa mit vermuteter Trommelfellperforation oder Parazentese.				
<b>Pentasa retard 2 g Granulat</b>	60 St.	-	A07EC02	1.2.2007
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
<b>Vesicare 5 mg Filmtabl.</b>	10 St.	-	G04BD08	1.2.2007
	30 St.	-		
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika (mit unterschiedlichem Wirkstoff: G04BD04, G04BD09) aus dem grünen Bereich nach Titration auf die maximal verträgliche Dosis nachweislich (Miktionsprotokoll)				

nicht ausreichend behandelt werden konnte. Therapiefortsetzung nur bei anhaltender Symptomkontrolle bei gleichzeitig reduzierter Sicca-Symptomatik.

**Vesicare 10 mg Filmtabl.** 30 St. - G04BD08 1.2.2007

Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika (mit unterschiedlichem Wirkstoff: G04BD04, G04BD09) aus dem grünen Bereich nach Titration auf die maximal verträgliche Dosis nachweislich (Miktionsprotokoll) nicht ausreichend behandelt werden konnte. Therapiefortsetzung nur bei anhaltender Symptomkontrolle bei gleichzeitig reduzierter Sicca-Symptomatik.

## B2. Streichung von im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Venimmun N Dstfl. und Lsgm.</b>	1 St.	-	J06BA02	15.12.2006
	(2,5 g 50 ml)			
	1 St.	-		
	(5 g 100 ml)			
	1 St.	-		
	(10 g 200 ml)			

Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründetem Einzelfall möglich.

**Methotrexat“Lederle“ 5 mg Stechamp.** 1 St. - L01BA01 5.1.2007

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn mit peroralem Methotrexat nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.

## C. Roter Bereich des Erstattungskodex

### C1. Aufnahmen von Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Neutrozol 15 mg Kaps.</b>	28 St.	A02BC03	29.12.2006
<b>Neutrozol 30 mg Kaps.</b>	7 St.	A02BC03	29.12.2006
	14 St.		
	28 St.		
<b>Ardeyhepan Drag.</b>	20 St.	A05BA03	01.01.2007
	40 St.		
<b>Betahistin "ratiopharm" 24 mg Tabl.</b>	20 St.	N07CA01	01.01.2007
	60 St.		
<b>Fosinopril/HCT "Interpharm" 20mg/12,5mg Tabl.</b>	30 St.	C09BA09	01.01.2007
<b>Grazax 75.000 SQ-T Lyophilisat z. Einnehmen</b>	30 St.	V01AA02	30.12.2006
<b>Serevent Evohaler Dosieraerosol</b>	1 St.	R03AC12	01.01.2007
	(120 Hübe)		
<b>Xyzall 0,5 mg/ml Lsg. z. Einnehmen</b>	200 ml	R06AE09	01.01.2007
<b>Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl.</b>	30 St.	G04CB01	08.01.2007
<b>Fostimon 75 IU/1 ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. e. Inj.lsg.</b>	1 St.	G03GA04	10.01.2007
	10 St.		
<b>Fostimon 150 IU/1 ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. e. Inj.lsg.</b>	1 St.	G03GA04	10.01.2007
	10 St.		
<b>Clarithromycin "1A Pharma" 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.	J01FA09	11.01.2007
<b>Clarithromycin "1A Pharma" 500 mg Filmtabl.</b>	7 St.	J01FA09	11.01.2007
	14 St.		
<b>Clarithromycin "Hexal" 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.	J01FA09	11.01.2007
<b>Clarithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.</b>	7 St.	J01FA09	11.01.2007
	14 St.		

<b>Clarithromycin "Sandoz" 250 mg Filmtabl.</b>	14 St.	J01FA09	11.01.2007
<b>Clarithromycin "Sandoz" 500 mg Filmtabl.</b>	7 St.	J01FA09	11.01.2007
	14 St.		
<b>Enac plus "Hexal" 20 mg/6 mg Tabl.</b>	30 St.	C09BA02	11.01.2007

## C2. Streichung von im Roten Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten:

Arzneispezialität	Menge	ATC-Code	mit Wirkung vom
<b>Maxalt Rapitab 10 mg Lyotabl.</b>	3 St. 6 St.	N02CC04	24.1.2007

\*

Die Streichung der Arzneispezialität Ranitidin „Arcana“ 150 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 11.1.2007, GZ 941.309-05-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Ranitidin „Arcana“ 300 mg Filmtabl. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 11.1.2007, GZ 941.308-05-06-LCM.

Die Änderung der Bezeichnung der Arzneispezialität Augmentin 457 mg/5 ml Trockensaft (vormals Augmentin Duo Trockensaft) erfolgte auf Grund des Bescheides des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vom 7.10.2006, GZ 939.403/05 – III/A/5/04.

Die Streichung der Arzneispezialität Methotrexat „Lederle“ 5 mg Stechamp. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 5.1.2007, GZ 922.398-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Venimmun N Dstfl. und Lsgm. erfolgte wegen der Aufhebung der Zulassung mit Schreiben des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen vom 15.12.2006, GZ 936.924-01-06-LCM.

Die Streichung der Arzneispezialität Maxalt Rapitab 10 mg Lyotabl. aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgte wegen Zurückziehung des Antrages des vertriebsberechtigten Unternehmens auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex.

Die Aufnahmen der Arzneispezialitäten in den Roten Bereich des Erstattungskodex erfolgten ex lege mit dem Zeitpunkt des Vorliegens der vollständigen Stammdaten, wenn ein Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex gestellt wurde.

Die sonstigen Änderungen des Erstattungskodex erfolgten mit Entscheidung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 18. und 20. Dezember 2006.

Für den Hauptverband:

**Laminger**

**Hartinger**